

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

76

N°

— **THÈSE** —
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 décembre 1906, à 1 heure

Par **V. ABBADIE**

De la Faculté de Médecine de Paris

TRAITEMENT

DE LA

PYORRHÉE ALVÉOLO-DENTAIRE

Président : M. POUCHET, professeur.

*Juges : { MM. GILBERT et ROBIN, professeurs.
 RICHAUD, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

—
1906.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Operations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	SEGOND
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
Clinique médicale.	ROGER.
Maladies des enfants	HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux.	LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GAUCHER.
Clinique d'accouchements	RAYMOND.
Clinique gynécologique	LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile	TERRIER.
Clinique thérapeutique	BERGER.
	RECLUS.
	DE LAPERRONNE
	ALBARRAN.
	BUDIN.
	PINARD.
	POZZI.
	KIRMISSON.
	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	de trav. anat.)
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	TEISSIER
BRINDEAU	GOUGET	MARION	THIROLOIX
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CARNOT	JEANSELME	MERY	WALLICH
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
GUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET A MES SCEURS

A MES AMIS

Je dédie cet ouvrage.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POUCHET

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR THIERRY

PROFESSEUR AGRÉGÉ, CHIRURGIE

M. LE DOCTEUR SIREDEY

MÉDECINE-GYNÉCOLOGIE

M. LE DOCTEUR REYNIER

PROFESSEUR AGRÉGÉ, CHIRURGIE

M. LE DOCTEUR PETIT

MÉDECINE

M. LE DOCTEUR BONNAIRE

PROFESSEUR AGRÉGÉ, OBSTÉTRIQUE

M. LE DOCTEUR SÉBILEAU

PROFESSEUR AGRÉGÉ, OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

M. LE DOCTEUR R. NOGUE

DENTISTE DES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR P. ROBIN

DENTISTE DES HOPITAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Dans le courant de ces deux dernières années que nous consacrons à l'étude de la laryngologie, nous fûmes frappé du retentissement fréquent de lésions buccales, et parfois insignifiantes en apparence, sur les territoires qui nous intéressaient alors. Certaines affections aiguës des voies respiratoires supérieures reconnaissent pour cause une infection venue des fosses nasales ou de la bouche, cavités constamment septiques, peuplées de microbes pathogènes et saprogènes dont la virulence se manifestera dès la première occasion favorable. Et nous comprenons que ce polymicrobisme des voies respiratoires et digestives supérieures, à la faveur d'un terrain préparé, puisse produire des désordres graves locaux et généraux.

Par la suite, nous entendîmes répéter bien des fois à notre maître, M. le professeur agrégé SÉBILEAU, qu'un laryngologiste devait être *doublé* d'un stomatologiste, vu l'impossibilité manifeste d'établir une barrière infranchissable ou une limite certaine entre ces deux spécia-

lités. Où commence l'une et où finit l'autre? Qui le dira? Fort de notre observation, confirmée par la parole d'un maître aussi autorisé, au début de cette année nous demandions à M. le Dr NOGUÉ de vouloir bien nous accepter dans la clinique dentaire de l'Hôtel-Dieu. Nous pourrions ainsi compléter avantageusement l'étude de la *Laryngologie* par celle d'une science sœur, trop longtemps délaissée, la *Stomatologie*.

Nous tenons à remercier tout particulièrement notre cher maître le Dr Nogué. Depuis le début de nos études médicales il nous a prodigué avec une rare et constante bonté, tantôt dans sa clinique privée, tantôt à l'hôpital, ses conseils de praticien distingué et, bien plus, d'ami précieux. Qu'il reçoive ici l'expression sincère de notre vive reconnaissance.

C'est dans la clinique dentaire de l'Hôtel-Dieu qu'il dirigeait que nous fut inspiré ce sujet de thèse. Frappé de la fréquence de la *pyorrhée* en même temps que de l'insuffisance thérapeutique il nous sembla que ce serait faire œuvre utile et humanitaire au premier chef que de diriger tous nos efforts de ce côté et de chercher à combler un vide aussi regrettable.

La tâche nous paraissait dure ; elle nous fut, dans la suite, rendue facile et agréable grâce au concours si compétent de M. le Dr Pierre ROBIN. Il voulut bien nous donner son opinion sur une maladie qui faisait l'objet de ses études et nous initier à la technique de son traitement. Nous le remercions bien sincèrement de la bienveillance qu'il nous a témoignée. Qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance.

Nous n'avons nullement la prétention de faire une œuvre didactique, pas même originale. Notre but sera plus modeste, mais aussi plus pratique ; il tendra à montrer que l'on *peut* et que l'on *doit* guérir la pyorrhée alvéolo-dentaire, ce que trop de praticiens ignorent encore.

Nous passerons sous silence la symptomatologie de l'affection, magistralement décrite par Magitot dès 1867. De même pour l'étiologie ; nous serons pourtant obligé de faire quelques courtes incursions dans son domaine pendant le cours de cette étude thérapeutique.

Avant de l'entreprendre nous tenons à nous expliquer sur la dénomination de « *pyorrhée alvéolo-dentaire*. » Elle n'est que le syndrome banal d'affections tantôt de causes locales, tantôt générales, mais aboutissant toujours à la chute de la dent si l'on n'intervient pas. Le Dr Pierre Robin propose de faire rentrer toutes ces affections dans un même cadre nosologique, celui des *odontoptoses*. Malgré l'intérêt et l'utilité que présenterait cette partie clinique, nous ne pouvons nous y arrêter, elle nous entraînerait trop loin.

D'ailleurs, les odontoptoses, de quelque origine qu'elles soient, relèvent toutes du même traitement. Nous nous permettrons donc ici de désigner ces affections sous le nom *classique* de *pyorrhée alvéolo-dentaire*.

TRAITEMENT ET PROPHYLAXIE

I. — Traitement.

Avant d'exposer le mode de traitement actuel, jetons un coup d'œil rapide sur ce qu'il a été jusqu'à nos jours.

Fauchard et Jourdain conseillaient et pratiquaient l'extraction des dents malades ; ils en considéraient la chute comme fatale. Fauchard préconisait pourtant la ligature en palissade des dents et c'est lui, le premier, qui en donna la technique.

Bourdet, puis Toirac songèrent les premiers à opposer à la maladie une thérapeutique moins absolue. Ils pratiquaient une incision en V à sommet dirigé vers l'extrémité de la racine. Le lambeau détaché, ils faisaient un petit cautère sur toute la surface de la racine dénudée et laissaient ensuite à la nature le soin de faire le reste. Cette méthode, de l'aveu de Toirac lui-même, ne donna jamais d'heureux résultats. Ce procédé devait être repris à notre époque par M. Cruet ; le Dr Richer

l'expose tout au long dans sa thèse inaugurale. Ils ont obtenu, eux, des succès constants. Ils reprochent à Bourdet et à Toirac de l'avoir pratiqué avec trop de timidité et, partant, sans succès.

On se contenta dans la suite d'une thérapeutique palliative, de symptômes. On préconisa le limage des dents afin de permettre à l'articulation de se faire ; la ligature des dents, comme Fauchard.

Oudet, convaincu de l'impuissance de tous ces procédés, avait conseillé l'emploi de moyens généraux, de dérivatifs (sétons, purgatifs). Il affirme avoir obtenu des résultats favorables. Plus récemment, Velpeau et Bouchet, considérant la maladie comme une forme particulière d'ulcération des gencives, conseillèrent les applications répétées d'alun et des cautérisations avec le nitrate d'argent. Mais le premier expose les dents aux altérations si graves de l'alun sur l'émail ; le second a l'inconvénient de produire à la surface des dents des colorations noires presque indélébiles ; il n'amène d'ailleurs aucune amélioration.

Marchal (de Calvi) préconisa l'iode. Mais ce métal-loïde, même à l'état de teinture, ne produit sur les parties qu'une irritation, désastreuse dans ces cas.

M. Vidal avait songé à opposer à cette maladie des applications fréquentes de perchlorure de fer neutre. Ce liquide n'a pas une causticité suffisante et il a de plus l'inconvénient de noircir les dents.

En 1867, Magitot préconise un nouveau traitement, l'emploi d'un caustique plus puissant que ceux en usage jusqu'alors : l'acide chromique pur. Il institue le pre-

mier une thérapeutique devant remplir deux indications solidaires :

Premièrement, modifier l'état local par des applications répétées tous les six ou huit jours d'acide chromique, et par l'emploi quotidien du chlorate de potasse en pastilles agissant doublement comme topique par sa dissolution et par son élimination. En même temps, usage fréquent des antiphlogistiques locaux, sangsues ou scarifications des gencives dans les cas de congestion de ces parties. Deuxièmement, traiter les états généraux qui dominent toujours dans une certaine mesure l'affection locale par la prescription de toniques, de règles d'hygiène ou de régime appropriés, par les dérivatifs cutanés ou intestinaux.

Enfin en 1880, Aguilhon de Saran, dans une communication à la Société de chirurgie, propose un nouveau mode de traitement qui consiste à « traverser le fond du clapier purulent par un séton de soie floche qu'on laisse en place. Il ne survient aucun accident inflammatoire. Dès le premier jour, le malade éprouve un grand bien-être. Les dents vacillantes étalées en dehors sont rapidement ramenées en arrière par la rétraction du tissu fibreux et leur solidité est sensiblement augmentée dès les premières heures. Mais en ce qui concerne la suppuration les résultats sont moins satisfaisants, elle n'a été tarie que sur deux malades sur onze traités. »

Mentionnons également, pour mémoire, le plus radical des traitements, celui qui prétend supprimer la maladie en supprimant l'organe malade, l'extraction.

Deux graves reproches peuvent être adressés à cette

méthode qui, d'ailleurs, a eu peu de partisans et n'en compte plus aujourd'hui. D'abord on sacrifie un organe, momentanément compromis, à la vérité, mais non définitivement et apte à rendre encore de grands services. Enfin, c'est mal connaître l'affection que d'espérer, par l'alvusion des dents malades, l'empêcher d'atteindre les autres. La pyorrhée alvéolo-dentaire est une maladie qui reste latente pendant des mois et des années, n'obéissant à aucune loi; dans la majorité des cas, elle ne procède que par étapes successives et plus ou moins longues. Lorsque, à propos d'une ou plusieurs dents atteintes, nous portons le diagnostic de pyorrhée alvéolaire, n'oublions pas que toute la dentition est menacée et qu'un jour ou l'autre nous aurons à intervenir pour la plupart de ces organes. Qu'on se donne la peine d'examiner de près la bouche d'un sujet qui vient vous consulter parce qu'une ou deux de ses dents sont mobiles; il sera bien rare qu'on ne trouve ailleurs un certain degré de décollement des gencives et un début d'envahissement de plusieurs membranes alvéolaires.

Nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer à quelques-unes de nos observations. L'on verra qu'en cours de traitement il nous fallut intervenir pour certains organes que nous avions jugés sains le premier jour. La malade qui fait l'objet de l'observation III eut une nouvelle poussée un mois après sa guérison. Donc, en supprimant l'organe malade, on n'empêche nullement l'affection de poursuivre son évolution.

Younger faisait usage de l'acide lactique; Hugens-

chmidt de l'acide sulfurique monohydraté. Rigg, enfin, qui a donné son nom à l'affection en Amérique, employait avec succès l'acide sulfurique *aromatique* depuis nombre d'années. M. Desprès préconisait le chlorure de zinc ; nous le croyons de causticité trop faible, et il a de plus l'inconvénient de produire des eschares molles, inconvénient dont nous parlerons plus loin.

Les rayons X eux-mêmes, les rayons bleus, les gaz sous pression furent également appliqués à la maladie, mais sans résultat notable.

Plus près de notre époque, M. Galippe propose une nouvelle méthode basée sur la théorie infectieuse de l'affection. « Le traitement, dit-il, doit être à la fois chirurgical et antiseptique. Il consiste dans la destruction de la muqueuse gingivale sur toute la hauteur où le rebord alvéolaire est résorbé, de façon à supprimer les clapiers dans lesquels vivent et se développent les microorganismes et l'introduction, dans ces clapiers, d'antiseptiques. » Cet auteur prétendait atteindre le but par l'emploi de l'acide phénique pur et de la potasse caustique. Le procédé était préférable à la plupart de ceux que nous venons de passer en revue, mais il agissait lentement et produisait, lui aussi, des eschares molles. Retenons, qu'avec lui, les principes du traitement étaient posés.

Enfin, un mode de traitement, le dernier en date jusqu'à nous, était le *traitement chirurgical* de M. Cruet. Voyons en quoi il consiste et les critiques qu'on peut lui adresser.

« La meilleure méthode, dit-il, et la plus rapide c'est l'excision combinée avec la cautérisation énergique. Je lui donne le nom de méthode chirurgicale, car il s'agit là d'une véritable opération. » Avec une paire de ciseaux fins dont l'une des branches était introduite entre la racine et la gencive, il faisait une section verticale de celle-ci jusqu'au fond de l'alvéole ; il terminait la dénudation à l'aide du thermocautère. La méthode était excellente au point de vue de la réussite et de la rapidité dans le traitement. C'est beaucoup, surtout si l'on veut bien se rappeler les résultats plutôt insignifiants que donnaient les autres procédés. Mais ce n'était encore qu'un progrès relatif ; elle laisse, en effet, à désirer sur un certain nombre de points qu'il nous reste à mettre en évidence.

D'abord elle est *très* douloureuse. Nous avons ici deux causes de douleur immédiate. Expliquons-nous.

On se représente bien facilement la souffrance qu'une pointe portée au rouge peut occasionner sur un tissu très irrité, la gencive dans le cas présent. Mais ce n'est là que le premier temps de la souffrance, et le moindre, sur lequel nous n'insisterons pas. Indépendamment de cette brûlure alvéo-gingivale, il y a la douleur produite par la pointe rouge contre une dent vivante ; celle-là est très vive et elle existe à chaque cautérisation utile.

Nous avons, en outre, avec la méthode chirurgicale, une impossibilité mécanique d'atteindre tous les clapiers. Comment arriver, par exemple, sûrement et sans fausse route aux alvéoles des grosses molaires, des

dents de sagesse surtout ? Comment encore atteindre les clapiers situés entre les faces interstitielles ?

Un autre inconvénient, grave aussi, nous le trouvons dans les réactions consécutives à la cautérisation ignée. Le thermocautère laisse une eschare molle, une plaie. Or le polymicrobisme buccal trouve dans ces tissus sans résistance, sphacelés, un excellent terrain de culture ; il en résulte une nouvelle suppuration assez abondante avec des douleurs intolérables (surtout si les cautérisations sont nombreuses), qui obligent le malade à garder le lit. C'est ce reproche que nous adressions à l'acide phénique et à la potasse de M. Galippe, au chlorure de zinc de M. Desprès.

Enfin, il existe fréquemment une incertitude manifeste dans les rapports de la profondeur du clavier et l'intervention. Certains clapiers très reculés ou placés sur un plan plus postérieur seront inaccessibles à la pointe du couteau ou l'on sera obligé de faire des débridements profonds, un déchaussement considérable de la gencive pour se frayer un chemin jusqu'à eux. La consolidation définitive de l'organe ne sera pas compromise, mais la coquetterie sera lésée. Question secondaire, sans doute, mais c'est un sentiment que nous devons respecter dans la mesure du possible et avec lequel nous avons à compter. Combien sont nombreux les clients qui ne nous pardonneront point de sacrifier l'esthétique de leur agréable personne à une thérapeutique que nous jugeons nécessaire. Trop souvent, hélas ! nous sommes dans l'impossibilité de faire à la fois œuvre d'artiste et de chirurgien consciencieux.

Nous croyons pourtant pouvoir remédier dans certains cas à ce dernier reproche du traitement de M. Cruet. Le caustique liquide que nous employons fusc à travers les parois radiculaire et gingivale. Déposé à l'entrée du clapier, il l'envahit dans ses points les plus reculés sans qu'il soit nullement nécessaire de l'y porter directement ; la cautérisation peut se faire à distance du point d'application. De plus, par de légères interventions, mais souvent répétées, nous sommes à même de surveiller de près les progrès du traitement et de le suspendre juste à point quand tout est redevenu normal. Nous produisons de la sorte un minimum de dégâts.

Cette étude rétrospective terminée, nous entrerons dans le vif du sujet. Le traitement que nous proposons aujourd'hui, après l'avoir longtemps expérimenté, est basé sur les propriétés caustiques de l'acide *sulfurique* de *Nordhausen*.

Rappelons que l'acide sulfurique *aromatique* avait été employé par Rigg. Nous ignorons ce que renferme dans le cas présent l'épithète *aromatique*. Mais des résultats heureux furent constatés. Nous croyons pourtant l'action du Nordhausen plus rapide et supérieure à celle des acides de Rigg et de Hugenschmidt.

Décrit pour la première fois, en 1902, en France, par le Dr Pierre Robin, sous le nom de « Traitement potentiel de la pyorrhée alvéolo-dentaire », il l'a été de nouveau en 1906, par le même auteur, sous le titre de « technique du traitement potentiel des odontoptoses. »

C'est, dans l'état de nos connaissances, le plus fidèle

et le plus simple des traitements. Il possède les avantages de la méthode chirurgicale du D^r Cruet sans en partager les inconvénients. Certes, des critiques lui ont été adressées, mais on doit remarquer que toutes visent surtout plus l'emploi d'un liquide qui est susceptible de brûler un vêtement, s'il en tombe dessus, ce qu'il est très facile d'éviter.

Nous avons obtenu des résultats remarquables et nombreux sans que pareil accident nous soit jamais arrivé.

Quelques praticiens lui tiennent rigueur de sa lenteur d'action et du nombre de séances nécessaires à l'obtention d'un résultat définitif. Est-ce un reproche, ou est-ce un mérite ? Si nous considérons l'affection en tant que localisée à un seul organe, évidemment la méthode de M. Cruet sera beaucoup plus rapide, deux séances suffiront là où il nous en faudra de cinq à sept. Mais si nous la considérons en tant que généralisée ou susceptible de se généraliser à une échéance assez courte, cette lenteur même sera un avantage pour le malade. Nous le tenons sous la main pendant un, deux mois, quelquefois plus ; il nous est donc facile de suivre de près l'évolution de la maladie, de dépister les premiers symptômes au niveau des dents encore saines et qu'une ou deux applications du caustique feront disparaître sans laisser de traces trop visibles. S'il n'était en traitement, il serait difficile d'obtenir de lui des visites aussi régulières.

La douleur, ici, ne peut être comparée à celle de la méthode précédente ; la sensation atroce de pointe

rouge contre une dent vivante n'existe nullement ; quant à la douleur gingivale, elle n'atteint pas en intensité celle de la brûlure.

Nous n'avons pas enfin la souffrance postérieure occasionnée par les réactions consécutives à la cautérisation ignée. L'acide produit une eschare fibreuse, une nécrose *aseptique* par fixation ; quelques jours après l'application on détache un tissu blanchâtre ayant l'aspect et la consistance de la corne. Derrière, la gencive est rosée, normale.

Les résultats sont complets et durables, mais ils ne sont pas toujours les mêmes évidemment, ils sont fonction de plusieurs facteurs, tels que :

La période plus ou moins avancée de l'affection.

Le terrain sur lequel elle évolue.

Les soins simultanés que doivent prendre les malades.

La façon dont est institué le traitement.

Les considérations anatomo-pathologiques développées par M. Cruet pour l'application de son traitement chirurgical, sont celles qui doivent diriger la technique du nôtre. « La méthode que nous venons d'exposer, dit cet auteur, est fondée sur ce fait d'observation que jamais la gencive une fois décollée par la disparition de l'alvéole et d'ailleurs profondément altérée par la suppuration ne peut reprendre, ni spontanément, ni sous l'influence d'aucun traitement ses connexions vitales avec la racine également altérée et inapte à se greffer sur elle. »

L'auteur de la méthode actuelle divise l'ensemble

du traitement en quatre phases bien distinctes que nous étudierons successivement en détail. Nous insisterons sur les deux premières, mais nous ne ferons que mentionner les deux autres dans ce chapitre, nous y reviendrons longuement dans la prophylaxie.

I. — *Soins préparatoires permettant de faire l'application du topique dans de bonnes conditions.* — Il est utile d'extraire toutes les racines ; les culs-de-sacs qu'elles forment sont de véritables réservoirs alimentaires inaccessibles à la brosse ; ils augmentent l'état septique de la bouche et l'inflammation des gencives. Il faut enlever de même les dents qui ne peuvent être conservées, soit à cause de la suppuration qu'elles entretiennent, soit à cause de la disparition complète des alvéoles. Mais, dans ces cas, il faut faire preuve de beaucoup de circonspection car, bien souvent, des dents jugées inguérissables de prime abord se sont parfaitement consolidées.

Nous connaissons le rôle néfaste joué par le tartre salivaire dans l'étiologie de l'affection. La *gingivite tартrique* n'en est souvent que le premier stade. Ici suppression de la cause n'est pas synonyme de guérison, surtout à une période avancée de la maladie. Mais c'est une condition *sine qua non* de réussite. Donc un des premiers actes du médecin sera de s'attaquer à ces masses concrètes, de déblayer, de préparer le terrain. Avant d'entreprendre ce travail, il est bon, pour éviter d'ébranler les dents, de les réunir ensemble par une ligature en palissade qui les protège. Elles peuvent être faites soit avec des fils d'or ou de platine recuit,

soit avec du fil de soie ; ce dernier, est en général, plus commode à manier et permet une fixation plus stable.

Le nettoyage complet du tartre chez les sujets atteints de pyorrhée alvéolo-dentaire est une des opérations les plus délicates parmi les interventions bucco-dentaires ; le praticien doit agir avec beaucoup de patience et beaucoup de douceur et ne pas oublier qu'il travaille au milieu de tissus enflammés très douloureux. Comme nous le recommandait avec insistance notre maître M. Nogué, il faut savoir passer des heures entières au *décapage* intégral d'une racine. Le temps ne sera pas perdu. Il ne suffit pas, en effet, d'enlever le tartre déposé au niveau du collet. Le tartre alvéolaire, celui qu'on ne voit pas et que M. Pierre Robin appelle avec raison le tartre *dangereux* joue un rôle bien plus important. Avec un jeu d'instruments très fins, il faut aller, entre la gencive et le ciment, faire un véritable curettage des concrétions de toute sorte (tartre, débris épithéliaux, dépôts purulents) qui maintiennent la voie ouverte aux parasites et entretiennent la suppuration. « Pour les enlever il faut beaucoup d'application, une expérience assez longue pour les reconnaître avec l'instrument qui se glisse dans l'alvéole, enfin de la dextérité manuelle pour ne pas trop faire souffrir ; autant de qualités qui s'acquièrent par la pratique. On n'apportera jamais trop de soins à cette opération et nous pouvons affirmer que c'est en assurant l'intégrité de la région alvéolo-dentaire que l'on sauvera le plus de dents, car c'est la mesure prophylactique par excellence de l'hygiène de la bouche. » A chaque séance on y reviendra et on

la fera suivre des cautérisations qui détruisent les clapiers purulents gingivo-alvéolo-dentaires et permettent la cicatrisation des alvéoles.

Les instruments nécessaires à cette opération font partie d'une collection qui se trouve chez tous les fournisseurs.

Ils sont au nombre de neuf et décrits sous le nom de « nouveaux instruments pour détacher le tartre sous-gingival » dans la maison Ash ; le jeu est de sept seulement dans la maison White.

Il faut tenir ces instruments à nettoyer comme un porte-plume entre le pouce, l'index et le médius, les deux autres doigts devant toujours prendre point d'appui soit sur les dents, soit sur les maxillaires afin d'éviter les échappées produisant des coupures de la muqueuse.

II. — La deuxième phase, que nous pourrions appeler la phase chirurgicale, comprend l'application du topique qui constitue le traitement essentiel.

Le topique employé est l'acide sulfurique de Nordhausen dont nous allons dire un mot avant de parler de l'instrumentation nécessaire et des précautions à prendre pour l'appliquer.

a). — ACIDE SULFURIQUE DE NORDHAUSEN. — Cet acide résulte de l'union molécule à molécule de l'acide sulfurique du commerce avec l'acide sulfurique anhydre (SO^3) ; il répond à la formule $\text{S}^2 \text{O}^7 \text{H}^2$. C'est le plus puissant des caustiques. Injecté dans le tissu cellulaire ou dans les muscles, il produit une destruction des nerfs et du tissu lamineux, une momification des fibres musculaires, tout

cela sans suppuration. Il n'a pas de passé thérapeutique.

C'est un liquide de consistance oléagineuse, qui répand à l'air d'abondantes fumées, dues à la vaporisation de l'anhydride.

Il est indispensable de bien spécifier *acide sulfurique de Nordhausen* parce que l'acide sulfurique ordinaire, l'acide monohydraté, ne donne pas les mêmes résultats.

Instruments. — L'instrumentation n'est pas compliquée, elle se compose.

1° D'une ôse en platine en forme de spatule, montée à l'extrémité d'une tige de verre ou de tout autre manche. Les applications sont plus faciles si la spatule forme un angle obtus ou même droit avec la tige.

2° D'un godet en verre ou en porcelaine dans lequel l'on versera quelques gouttes de Nordhausen immédiatement avant de l'employer, alors que tout est prêt, afin d'éviter que cet acide très aigre d'eau ne s'hydrate à l'air libre et ne perde de ses propriétés. Dans le même ordre d'idées, il faut avoir soin de bien essuyer le joint du goulot avec le bouchon où s'accumule toujours une certaine quantité d'eau qui tomberait dans le flacon au moment où l'on retirerait le bouchon. Verser rapidement les quelques gouttes dans le godet et refermer le flacon.

3° Un plateau sur lequel on déposera le godet et les *précelles* qui serviront à porter le coton pour assécher les collets des dents. De la ouate hydrophile pour permettre de faire des bourdonnets devant servir à isoler les champs opératoires.

4°. Une solution saturée de bicarbonate de soude dans un verre pour faire rincer la bouche au malade afin de neutraliser un excès d'acide. Il est prudent de charger une seringue de ce liquide, toute prête à l'avance pour saturer et neutraliser immédiatement l'effet caustique de l'acide sur les gencives s'il venait à en couler un peu hors des alvéoles, ou même dans les vêtements.

Technique de l'application. — L'acide sulfurique de Nordhausen étant un caustique très puissant, il doit être manié avec prudence, et appliqué qu'aux endroits utiles, dans les clapiers.

L'efficacité de cet acide est due à ses propriétés caustiques. Sa grande affinité pour l'eau assure sa pénétration dans les points les plus profonds des clapiers. Dès son contact avec la muqueuse, celle-ci blanchit et il est facile, de la sorte, de se rendre compte si l'acide ne fuse pas sur les gencives.

Pour empêcher l'acide de se diluer au contact de la salive deux conditions sont nécessaires.

1° L'étanchéité du champ opératoire constitué ici par le collet des dents.

2° L'assèchement aussi parfait que possible des clapiers purulents.

La première est obtenue à l'aide de bourdonnets de coton maintenus en place par la main libre de l'opérateur, ou par celle du malade. Pour le maxillaire supérieur il suffit de glisser un bourdonnet de coton dans le sillon gingivo-labial nécessairement à droite, puis à gauche au niveau du canal de Sténon sur les petites et

grosses molaires. Pour les incisives, le même, long et mince, suffit.

Au maxillaire inférieur, il faut toujours deux bourdonnets placés de chaque côté des dents à cautériser, l'un en dedans, l'autre en dehors.

D'abord du côté du plancher de la bouche glisser sous la langue un premier bourdonnet qui arrêtera les salives sous-maxillaires et sublinguales.

Pour se préserver de la salive parotidienne qui coule le long des joues, il faut placer dans les sillons gingivo-jugal ou labial des bourdonnets de ouate en face de ceux placés du côté du plancher.

Comme au maxillaire supérieur il faut isoler et traiter successivement les grosses et les petites molaires de chaque côté ; les canines et les incisives restant comprises dans une même intervention.

Charger alors la petite spatule de platine, en la plongeant simplement dans l'acide et en évitant de trop prendre de liquide, parce que, pendant le trajet du godet à la dent, l'excès de liquide pourrait tomber sur le visage ou les vêtements du malade. Si cela arrivait avoir recours immédiatement à de l'eau bicarbonatée.

Porter ainsi le liquide dans les clapiers en faisant glisser *perpendiculairement* l'öse entre la racine et les gencives. Si une application ne suffit pas, renouveler l'opération pour que toute l'alvéole soit bien remplie de liquide. Laisser agir l'acide pendant deux ou trois minutes, inonder ensuite le champ opératoire avec la solution alcaline, enlever le coton et faire rincer la bouche du malade.

Au moment de l'application du liquide la muqueuse commence à blanchir, en même temps qu'une sensation de chaleur intense et constrictive se manifeste dans l'alvéole. Ces douleurs, parfois assez vives, mais toujours supportables, persistent pendant une vingtaine de minutes. Au bout de quelques heures le malade n'éprouve plus qu'une gêne insignifiante, mais les gencives sont encore sensibles au moindre contact.

Environ trois jours après l'application l'eschare blanche se détache laissant la muqueuse cicatrisée. Le lendemain de cette chute on peut pratiquer une nouvelle cautérisation. Après cette seconde application, il faut laisser quelques jours de repos, certains points vont se cicatriser et pourront être abandonnés à eux-mêmes.

Il faut, en général, laisser un intervalle de huit jours entre chaque application afin de juger des progrès de la guérison et traiter seulement les régions qui en ont besoin. Avec le nombre des applications la guérison se généralise. Certains clapiers demandent plusieurs séances.

III. — Soins simultanés à l'application du topique et ceux qui incombent au malade.

Pendant le traitement les douleurs gingivales empêchent l'usage de la brosse. Aussi faudra-t-il y suppléer par des *bains de bouche* fréquents à l'aide de dentrifrices, dont le plus antiseptique serait, d'après Miller, qui s'est beaucoup occupé de la question, la liqueur de Van Swieten et même le sublimé à 1 pour 4000. Le nettoyage mécanique des espaces interdentaires doit être fréquemment fait, il est peu douloureux.

Quant aux soins consécutifs ou à l'hygiène quotidienne de la bouche et des dents nous les étudierons avec la prophylaxie à laquelle ils se rattachent.

IV. — *Traitement général.* — Il ne suffit pas de traiter la maladie locale. Nous savons, en effet, depuis les recherches de M. Galippe, que la pyorrhée est une maladie parasitaire évoluant comme beaucoup d'autres sur un terrain prédisposé. Que la nutrition ne se fasse point dans des conditions normales, que la mastication, sous une influence quelconque, ne s'accomplisse plus régulièrement, l'affection prend un caractère de gravité qui est en raison inverse du degré de résistance physique de l'individu. Il importe donc de diagnostiquer ce trouble de la nutrition ; son traitement devra être institué sans retard et marcher de front avec le traitement local si l'on veut obtenir des résultats rapides et surtout durables.

A la fin de ce chapitre nous rappellerons une dernière fois que ni la suppuration, ni l'ébranlement des dents, ni le décollement des gencives n'autorisent une intervention radicale d'emblée chez ces malades.

II. — Prophylaxie.

Guérir la pyorrhée alvéolo-dentaire, c'est déjà beaucoup, on nous l'accordera ; mais l'empêcher de se produire, indiquer les moyens de prévenir les récidives après les guérisons obtenues serait faire œuvre plus utile encore. On épargnerait au malade, dans la suite, bien du temps et bien des heures de découragement, au médecin bien des peines.

Le traitement que nous venons d'exposer donne des résultats remarquables, nous le répétons. Mais quel traitement n'a connu des échecs ? Nous sommes d'ailleurs dépourvus de ressources dans les cas très avancés, lorsque la membrane alvéolo-dentaire est envahie dans toute sa hauteur et l'alvéole résorbée en partie ; nous ne pouvons guérir que les malades qui, *anatomiquement*, peuvent guérir.

Or empêcher l'affection d'éclater, cela nous est possible dans un certain nombre de circonstances étant donné ce que nous connaissons de son étiologie.

Nous savons que l'infection a peu de prise sur un

terrain normal. Et qu'on ne nous croie par désarmés en présence de ces causes prédisposantes d'ordre général. M. Galippe cite le cas d'un diabétique atteint dans la suite de gingivite infectieuse. En même temps que le sucre diminuait dans les urines et que la nutrition se faisait dans des conditions plus favorables, l'état de la bouche s'améliorait progressivement. Pareils exemples sont nombreux.

Donc aux diabétiques, aux rhumatisants, aux syphilitiques, aux brightiques, on prescrira une observation rigoureuse des principes d'hygiène ; le médecin redoublera alors de précautions prêt à intervenir dès les premiers symptômes locaux ; il lui sera ainsi facile de museler la maladie et de la réduire à néant.

On a parlé des traumatismes résultant des vices de conformation des alvéoles ou de position des dents.

Un auteur conseillait, dans tous les cas, l'extraction préventive des dents de sagesse ; c'est excessif et nous ne pousserons pas les choses si loin. Toutefois, quand les dents chevauchent les unes sur les autres et que le port d'appareils a échoué, à l'exemple du Dr Pietkiewicz, il est bon de sacrifier quelques-uns de ces organes.

Mais la cause la plus réelle et la plus constante c'est l'infection par les microbes du *tartre* et de la *salive*. C'est l'ennemi à redouter contre lequel nous devons diriger tous nos efforts. Les microorganismes en favorisant la précipitation des sels terreux de la salive, se fabriquent en quelque sorte l'arme qui doit leur créer une porte d'entrée. Ne pouvant prévenir la formation du tartre, empêchons-le de s'organiser en masses con-

crêtes au niveau du collet. D'où l'usage fréquent des brosses, des poudres dentrifrices dont les formules abondent. Comme le recommande le Dr P. Robin, c'est le soir que ce brossage est le plus utile. « C'est en effet, la nuit, alors que la bouche est au repos, que les fermentations se développent le plus facilement aux dépens des débris alimentaires ou desquamations épithéliales. Il faut insister très énergiquement sur cette *toilette buccale de nuit* parce qu'elle n'est pas habituelle, celle du matin est assez communément pratiquée, mais elle est moins importante que celle du soir; dans la journée, il se fait un balayage mécanique pendant que l'on parle, que l'on boit, et les fermentations sont moins importantes. Il ne faut pas cependant que parce que moins importante, la toilette du matin, ainsi que celle d'après chaque repas soient négligées.

Toutes sont très utiles et doivent comprendre :

Un brossage de toute la bouche suivi du rinçage et de bains de bouche antiseptiques.

Pour se brosser la bouche et *non les dents*, il faut employer une brosse dure qui devra successivement atteindre toutes les faces accessibles des dents et des gencives. Il faut, en effet, non pas chercher à brosser ses dents *mais les gencives* ; le brossage au savon du collet de la dent est le seul qui débarrasse la bouche des mucosités et des dépôts de tartre dès leur début.

Les gencives linguales ne doivent pas être plus ménagées que les autres, et, pour être certain qu'elles ne seront pas oubliées, recommander de toujours commencer par elles et par celles du fond de la bouche

qui correspondent aux grosses molaires. La coquetterie ou la commodité feront que les gencives qui se voient seront les plus brossées.

Les espaces interdentaires ne seront pas oubliés ; soit avec un cure-dent, soit avec une soie cirée, il faut les débarrasser après chaque repas des détritns alimentaires qui s'y accumulent. »

Préconisés par M. P. Robin comme soins consécutifs au traitement, ils peuvent et doivent être les mêmes pour l'hygiène quotidienne de la bouche. « La pratiquer très strictement, c'est faire presque toute la prophylaxie des affections de la bouche et des dents. »

Et cette obligation, déjà très importante à remplir dans l'état de santé, devient un véritable devoir dans l'état de maladie où une foule de causes se réunissent pour compromettre gravement et en peu de temps nos organes dentaires. Ainsi, après les fièvres infectieuses, les malades voient presque toutes leurs dents se carier. Dans ces cas, des altérations particulières de la salive se joignent à l'action débilitante de la diète et les microbes trouvent là un terrain éminemment favorable à leur multiplication. Une autre conséquence de la diète est l'accumulation du tartre qui n'est plus entraîné par les mouvements de mastication. Aussi devra-t-on y suppléer chez les malades atteints de fièvre grave par des badigeonnages fréquents.

N'oublions pas que la bouche est un milieu septique entre tous, un milieu parfait de culture. Nombreux sont les microbes qu'on y rencontre.

On nous pardonnera de ne pas les passer tous en

revue. M. Vignal a trouvé dans l'épithélium de la langue et des joues, dans le tartre, dix-huit espèces de microorganismes, aérobies pour la plupart. Biondi, à l'Institut d'Hygiène de Berlin, a fait des recherches sur la salive de cinquante personnes différentes d'âge, de sexe, de constitution, de santé, et il est parvenu à définir cinq nouvelles espèces pathogènes.

Mais, outre ces microbes dont la bouche est leur habitat permanent et définitif, on en rencontre d'autres y faisant étape, ils ne sont que de passage. On conçoit, en effet, que tous ces bacilles que l'air transporte et que les aliments contiennent puissent se trouver dans la bouche ; on y rencontre aussi les bactéries pathogènes des voies respiratoires et digestives. Enfin la bouche est vraisemblablement la porte d'entrée des agents pathogènes de la plupart des pyrexies infectieuses. En les détruisant sur place, par une antiseptie buccale de tous les jours, on comprend que l'on puisse prévenir, dans bien des cas, le développement des affections qu'ils déterminent. « Nous faisons ainsi de la prophylaxie, non seulement au point de vue qui nous occupe, mais encore, dans une très large mesure, au point de vue d'un grand nombre d'affections différentes », comme le disait M. Richer. L'état de la bouche joue, en effet, un grand rôle dans la séméiologie des maladies infectieuses des appareils digestif et respiratoire.

Si ces règles d'hygiène, bien simples, étaient rigoureusement observées, la pyorrhée alvéolo-dentaire deviendrait une maladie excessivement rare ; c'est l'opinion de M. Le Gendre : « On peut presque affirmer que

si l'on prenait dès la naissance tous les soins nécessaires de la bouche, sans les discontinuer pendant l'enfance et l'adolescence, tout adulte conserverait ses dents saines. » Trop souvent, hélas ! on fait preuve de négligence qu'on pourrait traiter de coupable. On a la déplorable habitude de regarder les organes dentaires comme des meubles inutiles, des ornements de parade ; peut-être aussi la crainte du dentiste y serait-elle pour quelque chose ! D'ailleurs n'aura-t-on pas la ressource de l'extraction si certaines dents deviennent par trop gênantes ! On gagne du temps, oui, mais à ses risques et périls.

Une cause de pyorrhée alvéolaire réside, pour certains auteurs, à tort ou à raison, dans sa transmission. Non pas dans la transmission telle que l'entend le Dr Guyot (pour lui on naît pyorrhéique par droit d'hérédité, comme on naît syphilitique), mais telle que la conçoit M. Galippe, c'est-à-dire la contagion « qui s'opère dans la bouche de dent à dent et surtout *d'individu à individu*, comme nous avons pu le constater plusieurs fois chez des personnes d'un sexe différent et cohabitant régulièrement. » M. Le Gendre, dans son *Traité d'antiseptie médicale*, rapporte également l'histoire d'une femme galante dont la bouche était saine, mais qui se mit à perdre des dents après avoir pris un protecteur atteint de gingivite expulsive. Heydenreich, professeur à la Faculté de Nancy, écrit de même : « Un fait que j'ai observé m'amène à admettre que la périodontite expulsive est contagieuse. » Enfin la malade qui fait l'objet de l'observation III nous paraît aussi avoir été contaminée par son mari.

Si cette cause est réelle on voit la mesure prophylactique qu'elle entraîne au même degré que les autres affections contagieuses.

Nous voyons combien les affections de la bouche sont fréquemment liées à un trouble de la nutrition. Si, dans certains cas, elles ne sont que la manifestation extérieure d'une maladie générale, dans d'autres, inversement, elles peuvent avoir un retentissement morbide sur tout ou partie de l'organisme. Nous en avons une preuve évidente dans la *cachexie buccale* de Chassaignac. De même en Pédiatrie : nous savons qu'un simple bouton d'herpès sur la langue du nourrisson peut exercer une influence fâcheuse, bien que passagère, sur son développement.

Il nous faut donc considérer ces affections tantôt comme causes et tantôt comme effets.

D'où deux conclusions pratiques :

1° L'utilité pour un médecin de connaître les principes élémentaires de la stomatologie.

Pendant notre stage hospitalier nous avons eu l'occasion de rencontrer nombre de pyorrhéiques qu'une affection tout autre avait fait échouer sur le lit d'hôpital. La maladie buccale passait souvent inaperçue, fasciné que l'on était par les signes d'une pleurésie ou d'un rétrécissement mitral. Sans doute, nous savons que l'une n'est pas mortelle et que les autres peuvent l'être, mais le traitement des unes n'exclut nullement celui de l'autre, bien au contraire.

Ces considérations nous les donnons *uniquement*

pour le médecin de campagne ; il ne trouvera pas des services aussi bien organisés et il lui sera difficile, à lui, sinon impossible, de se décharger sur un confrère spécialiste. Le médecin ne doit pas se laisser effrayer ni tromper quand il s'agit pour lui d'envisager son initiation aux soins immédiats de la stomatologie comme chez les autres spécialités, ses sœurs : la Pédiatrie, la Neurologie, l'Obstétrique, l'Oto-rhino-laryngologie, etc., Tout médecin a son ophtalmoscope, son abaisse-langue, son miroir frontal, ses forceps ; augmentera-t-il beaucoup son arsenal en y ajoutant les instruments que nous avons décrits ? Il doit savoir guérir une pyorrhée, il doit la traiter. L'outillage n'est pas compliqué, la méthode est simple. Qu'il ne se berce pas de vaines espérances, qu'il ne compte pas sur une terminaison heureuse et spontanée, cela ne sera pas. C'est une maladie qui ne rétrocede jamais ; une dent atteinte, non traitée, est vouée à une chute rapide. Quelquefois, bien rarement il faut l'avouer, le mal n'ira pas plus loin et les dégâts seront légers ; mais, dans la grande majorité des cas, l'invasion microbienne poursuivra son œuvre et atteindra successivement tous les organes dentaires.

2° Le rôle du médecin est indispensable dans le traitement de cette affection autrefois incurable, difficilement encore guérissable aujourd'hui dans certains cas. Le dentiste doit être médecin. Fréquemment une maladie locale est le symptôme d'une maladie générale, on ne peut guérir l'une sans traiter l'autre.

OBSERVATIONS

Observation I (*Personnelle*)

M. Paul J..., camelot, âgé de 25 ans, est hospitalisé à l'Hôtel-Dieu depuis le 9 octobre 1905 et soigné pour tuberculose et gastralgie. A eu la fièvre typhoïde à l'âge de 8 ans. Pas d'antécédents héréditaires.

Nous le voyons pour la première fois, à la clinique dentaire de l'hôpital, le 26 mars. Le début de la maladie remonte au mois de décembre. Il a senti ses gencives se tuméfier et devenir de plus en plus douloureuses en même temps que l'ébranlement s'annonçait. L'incisive médiane gauche supérieure est dénudée de 1 centimètre environ sur la face antérieure; par la pression digitale à l'extrémité de l'apex on fait sourdre du pus, de même qu'au niveau de l'incisive médiane droite et de l'incisive latérale gauche supérieure. Ces trois dents sont mobiles, surtout les deux médianes qui remuent par le simple mouvement de la langue. La gencive est également décollée, mais légèrement, au niveau de la deuxième molaire gauche supérieure. En bas rien d'anormal.

Nous pratiquons un premier nettoyage du tartre suivi d'une

application d'acide de Nordhausen. Trois jours après nouveau curettage et nouvelle cautérisation. Il vient nous voir deux fois par semaine. A chaque séance nous passons nos instruments entre la gencive et la racine, mais nous ne pratiquons plus les attouchements que tous les huit jours, en général.

Au bout de trois semaines, l'usage fréquent des lavages antiseptiques (sublimé à un trois millième) aidant, les douleurs avaient diminué d'intensité et la deuxième molaire gauche pouvait être considérée comme guérie; puis ce fut le tour de l'incisive latérale. Mais il nous fallut poursuivre le traitement jusqu'au 4 juin pour obtenir la consolidation et l'arrêt de la suppuration au niveau des deux incisives médianes. En cours de traitement, il nous a encore fallu intervenir pour deux prémolaires inférieures qui devenaient suspectes. Nous l'avons suivi jusqu'à la fin septembre, époque à laquelle il a quitté l'hôpital. Nous n'avons constaté, à aucun moment, nul symptôme de récurrence.

Observation II (*Personnelle*)

M. Maurice D..., employé de commerce, 24 ans, a été soigné en 1903 pour le scorbut à Saint-Louis. Le début de la maladie remonte à un an et demi, par les deux incisives centrales inférieures. Puis vinrent par ordre d'atteinte les deux incisives centrales supérieures, les deux incisives latérales inférieures et les deux incisives latérales supérieures. Au total, huit dents de malades, dont quatre de bien compromises.

Les gencives étaient enflammées douloureuses, l'haleine fétide la suppuration abondante surtout le matin.

Les deux premières séances (5 et 9 mars) furent consacrées au nettoyage de la bouche, à l'ablation minutieuse du tartre et de quelques racines; nous lui prescrivons des lavages antiseptiques, il ne pouvait faire usage de la brosse.

Le 12, première application d'acide qui resta douloureuse pendant près de trois heures. Mais les cautérisations suivantes furent peu sensibles, l'inflammation ayant diminué. Ce traitement fut continué, rarement deux fois par semaine, tous les huit jours en général jusqu'au 11 juin, époque à laquelle furent définitivement consolidées les deux incisives centrales inférieures les plus compromises. A cette date, toute trace de suppuration est éteinte et la consolidation manifeste. Le déchaussement mesure près de 1 centimètre aux deux incisives canines inférieures, beaucoup moins aux deux autres. Nous le revoyons chez lui au mois d'octobre, il n'y a pas eu de nouvelle poussée.

Observation III (*Personnelle*)

M^{me} Louise A..., ménagère, 50 ans, est d'un état de santé pas très brillant. En 1895 elle fit une pneumonie et quatre ans après une pleurésie ; a un rétrécissement mitral. La ménopause date de huit ans. C'est vers 1898, dit-elle, que commencèrent les premiers symptômes de la maladie actuelle : les gencives devinrent douloureuses, gonflées, saignantes, se décollant de plus en plus. Puis perlèrent quelques gouttes de pus, surtout le matin, en même temps, que l'haleine devenait fétide. Mastication pénible, mais possible jusqu'à ces derniers mois. Son mari, rhumatisant depuis une vingtaine d'années fut atteint, vers 1896, de pyorrhée alvéolaire et, aujourd'hui, la plus grande partie de

ses dents sont tombées spontanément ne présentant en apparence aucune altération. Il a en outre de la polydipsie, polyurie et pollakiurie ; ses urines n'ont pas été analysées. L'incisive centrale droite supérieure de notre malade fut la première atteinte. Elle était bien mobile, douloureuse au toucher, mais nullement déchaussée. L'incisive latérale droite supérieure, les deux incisives centrales inférieures, étaient légèrement dénudées, à peine mobiles, de même que la première prémolaire droite inférieure. Cette dame réclamait l'extraction de l'I. C. D. S., cause unique de ses douleurs, croyait-elle. Sur notre insistance, elle consentit à patienter quelques jours encore et à essayer notre traitement avant d'avoir recours au sien, trop radical. Il fallait d'ailleurs soigner les autres organes malades. Il y avait peu de tatre surtout sur la face antérieure. Cette malade possédait encore une dentition remarquable, elle en avait un soin minutieux. Mais la face postérieure, moins accessible à la brosse et toujours plus négligée, était recouverte de masses concrètes ; l'instrument introduit sous la gencive ramenait également des dépôts abondants. Après le nettoyage complet de la première séance (19 mars) suivi d'une application de caustique les douleurs diminuèrent notablement et il ne fut plus question d'extraction. Le traitement fut continué normalement comme dans les cas précédents jusqu'au 23 mai ; à cette date toutes les dents atteintes étaient guéries. Elle revint nous voir au mois de juillet. Deux prémolaires et une molaire supérieures commençaient à être légèrement décollées et suintantes. Trois semaines de traitement furent suffisantes pour les guérir. Au 19 octobre, jour de notre dernière inspection, l'état était le même, pas de nouvelles atteintes.

N. B. — Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. D'abord, au point de vue étiologie, elle nous montre la contagiosité de la maladie. Il est probable, en effet, que cette dame fut contaminée par son mari. Elle nous montre, en outre, l'extrême lenteur avec laquelle évolua la maladie (7 à 8 ans) lenteur due sans doute aux soins que le sujet avait de sa dentition, et le nombre de séances, relativement court si l'on s'en rapporte aux autres cas traités, qui furent suffisantes pour l'arrêter. Nous voyons enfin combien il est important de suivre le malade de près, surtout au début, et de continuer cette surveillance pendant de longs mois, à cause de la marche fréquemment chronique de l'affection.

Observation IV (*Personnelle*)

M. Claude L..., 28 ans, peintre à Poissy, jouit d'une santé robuste. Comme antécédents personnels nous ne relevons que la diphtérie et la rougeole dans son enfance.

Antécédents héréditaires. — Père arthritique. Il se présente à la clinique dentaire le 6 avril. Le début de la maladie remonte à seize mois ; les dégâts sont encore faibles, sauf au niveau de l'I. L. G. S. Les deux incisives latérales inférieures sont légèrement atteintes et la mobilité à peine perceptible. Les gencives ont bon aspect et sont peu douloureuses, mais la suppuration est abondante.

Quant à l'I. L. G. S., elle est fortement déchaussée, d'une mobilité extrême ; en outre, de l'extrémité du déchaussement,

sous le rebord alvéolaire, part une fistule s'ouvrant d'autre part, à l'entrée des fosses nasales ; elle a limité, en avant, un petit séquestre du maxillaire supérieur qu'on mobilise à l'aide d'un stylet introduit dans la cavité ; la suppuration y est continuelle. Cette dent est extraite, et le séquestre facilement enlevé. Les deux autres organes malades sont traités et guéris au bout de six semaines. Sur notre recommandation, ce jeune homme est revenu nous voir tous les quinze jours d'abord puis tous les mois. A la fin mai nous avons fait quelques applications d'acide de Nordhausen sur deux prémolaires. Au mois d'octobre, dernière visite, l'état de la bouche était normal.

Observation V (*Personnelle*)

M. Thomas H..., 36 ans, lithographe. Souffre de la dentition depuis trois ans ; depuis six mois la mastication est devenue impossible. Aussi les potages, les œufs, la viande hachée, le lait constituent-ils la base de son alimentation. Trois prémolaires et deux grosses molaires supérieures, une prémolaire inférieure sont tombées spontanément. Les premières dents atteintes furent les prémolaires supérieures. Actuellement les deux incisives médianes inférieures, la première et la deuxième prémolaires droites inférieures, les quatre incisives et les deux canines supérieures sont plus ou moins ébranlées. Rarement on verra bouche dans un si triste état. Trois dents seules restaient encore intactes. Les gencives étaient tuméfiées, noirâtres, excessivement douloureuses, la suppuration abondante, l'haleine très fétide.

Fumeur enragé, ses dents sont complètement enveloppées de cette couche noirâtre qu'on rencontre si souvent à la face pos-

térieure des dents chez les fumeurs. A eu la fièvre typhoïde et la scarlatine dans sa jeunesse ; jamais malade depuis ; appétit excellent, état de santé assez satisfaisant. Rien d'anormal dans ses urines. Sa mère était diabétique et atteinte de pyorrhée.

Ouvrier peu fortuné et père de famille, il n'a pas eu le courage de sacrifier quelques heures de travail pour se rendre dans une clinique. Obligé de chômer (par ordre du syndicat), il se présente à l'Hôtel-Dieu le 6 avril. Trois séances nous furent nécessaires, à cause de la douleur, pour pratiquer un nettoyage à peu près complet et raffermir les gencives. Elles étaient le siège d'un véritable bloc de tartre qui remontait le long de la racine. Le premier jour nous enlevâmes les deux incisives latérales supérieures ; elles remuaient comme un véritable battant de cloche et ne tenaient plus qu'au niveau de l'apex, l'alvéole tant résorbée. Le 13 nous pratiquons la première application d'acide sulfurique de Nordhausen et nous la renouvelons deux fois par semaine au début, puis tous les huit jours. Au 14 mai, toutes les dents, sauf deux incisives, pouvaient être considérées comme guéries. Patient et opérateur étions satisfaits du résultat.

Mais la grève est terminée ; notre malade, obligé de se sacrifier pour l'intérêt matériel de sa famille nous quitte ainsi, en très bon état, il est vrai, mais incomplètement guéri, et nous ne l'avons plus revu.

N. B. — Nous ne pouvons donner cette observation comme un cas de guérison. Elle rentre pourtant dans le cadre puisqu'elle nous montre que cinq ou six dents ont été traitées avec succès par l'acide de Nordhausen.

Observation VI (PERSONNELLE)

M^{me} Alice M..., 36 ans, cuisinière, très pléthorique, est atteinte de douleurs rhumatismales depuis deux ans ; elle prend fréquemment du salicylate.

Son père est mort d'une embolie à l'âge de 59 ans ; un de ses frères plus âgé qu'elle, est atteint de rhumatisme déformant. Souffre de la dentition et des gencives depuis longtemps ; mais il y a huit mois seulement qu'elle s'est aperçue de la mobilité de quelques dents. Les gencives sont très congestionnées, l'empâtement est considérable et la suppuration matinale abondante. Du tartre on en trouve partout ; l'hygiène buccale a toujours été négligée.

Deux incisives inférieures, trois prémolaires supérieures sont mobiles ; deux de ces dernières sont fortement déchaussées. Du 19 mars au 28 mai le traitement fut poursuivi d'après la même méthode que dans les cas précédents, une fois par semaine.

Deux clapiers profonds, incomplètement cicatrisés, restaient encore au niveau des deux prémolaires, mais la consolidation était générale. Nous recommandons à la malade de venir nous trouver toutes les cinq ou six semaines pour continuer les cautérisations dans les points encore suspects.

Nous ne l'avons plus revue.

CONCLUSION

1° La pyorrhée alvéolo-dentaire est toujours justifiable d'un traitement.

La thérapeutique comprend invariablement :

— Un traitement local.

— Un traitement général qui vise le tempérament de l'individu, son état statique et dynamique dont la pyorrhée pourra n'être qu'une manifestation pathologique.

Des divers traitements locaux préconisés deux seulement atteignent le but poursuivi. Celui de M. Cruet et celui du D^r Rigg, avantageusement modifié quant à la nature de l'acide par le D^r Pierre Robin. Le premier est *incertain* parfois et il renferme plusieurs causes de douleur vive. L'autre est moins rapide, mais plus *fidèle* et moins douloureux.

La technique en est simple, à la portée de tous les praticiens ; elle doit viser et obtenir deux résultats.

a) *Nettoyage du tartre*. — Du tartre, il y en a tou-

jours et partout ; car, outre le tartre visible, au niveau du collet, il y a l'alvéolaire, d'autant plus *dangereux* qu'il est plus négligé ; il entretient la suppuration et la voie ouverte au polymicrobisme buccal.

b) La *destruction de la gencive* dans toute la hauteur du décollement, ce qu'on réalisera grâce à des applications répétées d'acide sulfurique de Nordhausen faites à l'abri de la salive.

2°. La fréquence des applications et leur durée sont déterminées par l'état des alvéoles.

3°. L'antisepsie de la bouche sera la mesure prophylactique par excellence contre la prévention et même la récurrence de cette affection.

La prophylaxie consistera en lavages fréquents de la bouche, *brossage au savon des gencives* jugales et labiales.

4°. Les pyorrhéiques guéris doivent surveiller et faire surveiller l'état de leur alvéole, un simple écart de régime pouvant amener une récurrence.

5° Il serait désirable qu'un enseignement de la stomatologie soit fait à la Faculté et des services organisés dans les hôpitaux aux mêmes titres que pour les autres spécialités. Un étudiant en médecine peut terminer ses études en ignorant la Clinique et la Thérapeutique qui sont du ressort de la stomatologie. Cet enseignement ouvrirait, en outre, une voie nouvelle à la pléthore médicale dans laquelle malades et médecins trouveraient

leurs avantages. Aucune branche de l'arbre médical ne devrait être négligée elles sont toutes honorables et utiles.

6°. Plusieurs affections de la bouche et des dents pourraient être guéries par tous les médecins sans matériel spécial.

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu : le Président de la thèse,
POUCHET

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Duplay et Reclus.** — Traité de chirurgie.
- Fauchard.** — Sur une forme particulière de scorbut. In *Le chirurgien dentiste*.
- Jourdain.** — De la suppuration conjointe des alvéoles et des gencives. In *Maladies de la bouche*.
- Toirac.** — *Dictionnaire de Médecine du Dr Beaude*.
- Marchal (de Calvi).** — *Union médicale* de 1860.
- *Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, 1861.
- Carrière.** — *Union médicale*, 1861.
- Teissier.** — *Gazette médicale de Lyon*, 1861.
- Magitot.** — *Archives générales de Médecine*, 1867.
- *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1882.
- *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1882).
- Oudet.** — *Dictionnaire* en 30 volumes.
- Desprès.** — *Chirurgie journalière*, Paris, 1877.
- Baronnet.** — Thèse inaugurale de Paris.
- Aguilhon de Saran.** — *Bullet. de la Soc. de chirurgie* (1880).
- Guebey.** — Thèse inaugurale de Paris, 1880.
- Malassez et Galippe.** — *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1884.
- Galippe.** — *Journal des connaissances médicales*, 1880, 1884, 1887 et 1890.

Richer. — Thèse inaugurale de Paris, 1890.

Quilliot. — Thèse inaugurale de Lille.

Nuyts. — Thèse de Paris, 1895.

Guyot. — *L'arthritisme, maladie constitutionnelle, sa pathogénie et sa thérapeutique au point de vue des idées pasteurienues.*

Le Gendre, Barette, Lepage. — Traité pratique d'antisepsie appliquée à la thérapeutique et à l'hygiène.

Pierre Robin. — Société de stomatologie, 1902, 1903, 1904, 1906.